

Journal of Health Monitoring · 2019 4(3)

DOI 10.25646/6070

Robert Koch-Institut, Berlin

Carmen Koschollek\*, Susanne Bartig\*,  
Alexander Rommel, Claudia Santos-Hövenner,  
Thomas Lampert

\* geteilte Erstautorenschaft

Robert Koch-Institut, Berlin  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-  
monitoring

Eingereicht: 27.03.2019

Akzeptiert: 24.06.2019

Veröffentlicht: 18.09.2019

# Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2

## Abstract

Von den in Deutschland lebenden Minderjährigen haben über ein Drittel (36,5 %) einen Migrationshintergrund. Basierend auf den Daten der zweiten Folgeerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS Welle 2, 2014–2017) wird die gesundheitliche Lage von 11- bis 17-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund anhand ausgewählter Indikatoren beschrieben. Da Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund eine in sich vielfältige Gruppe darstellen, werden die Gesundheitsindikatoren nicht nur nach dem Vorliegen eines Migrationshintergrundes, sondern auch nach weiteren migrationsbezogenen Merkmalen stratifiziert. Darüber hinaus erfolgt in den einzelnen Subgruppen eine Differenzierung der Ergebnisse nach soziodemografischen Merkmalen. Im Hinblick auf die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes sowie der ambulanten Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen bestehen keine Unterschiede zwischen den 11- bis 17-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund. Demgegenüber zeigen sich migrationsbezogene Unterschiede im Gesundheitsverhalten. Während Kinder und Jugendliche mit ein- sowie beidseitigem Migrationshintergrund häufiger als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen sind, konsumieren sie seltener Alkohol in riskanten Mengen. Zudem konnte gezeigt werden, dass die Outcomes der untersuchten Indikatoren nach migrationsbezogenen und soziodemografischen Merkmalen variieren.

📌 MIGRATION · MIGRATIONSHINTERGRUND · KIGGS · GESUNDHEITSMONITORING · GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG

## 1. Einleitung

Im Jahr 2017 lebten nach Angaben des Mikrozensus rund 19,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Damit ist fast ein Viertel (23,6 %) der Bevölkerung in Deutschland entweder selbst oder mindestens ein Elternteil ohne deutsche Staatsangehörigkeit geboren. Unter den Minderjährigen in Deutschland hat sogar ein

Drittel (36,5 %) einen Migrationshintergrund. 20,3 % der unter 18-Jährigen mit Migrationshintergrund weisen eine eigene Migrationserfahrung auf (sie sind also im Ausland geboren und nach Deutschland zugewandert) [1].

Die dauerhafte, grenzüberschreitende Verlagerung des Lebensmittelpunktes wird als internationale Migration bezeichnet [2, 3]. Dieses biografische Ereignis kann durch

## KiGGS Welle 2

Zweite Folgerhebung der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

**Datenhalter:** Robert Koch-Institut

**Ziele:** Bereitstellung zuverlässiger Informationen über Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Lebensbedingungen, Schutz- und Risikofaktoren und gesundheitliche Versorgung der in Deutschland lebenden Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit der Möglichkeit von Trend- und Längsschnittanalysen

**Studiendesign:** Kombinierte Querschnitt- und Kohortenstudie

### Querschnitt in KiGGS Welle 2

**Alter:** 0–17 Jahre

**Grundgesamtheit:** Kinder und Jugendliche mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

**Stichprobenziehung:** Einwohnermeldeamt-Stichproben – Einladung zufällig ausgewählter Kinder und Jugendlicher aus den 167 Städten und Gemeinden der KiGGS-Basiserhebung

**Stichprobenumfang:** 15.023 Teilnehmende

### KiGGS-Kohorte in KiGGS Welle 2

**Alter:** 10–31 Jahre

**Stichprobengewinnung:** Erneute Einladung aller wiederbefragungsbereiten Teilnehmenden der KiGGS-Basiserhebung

**Stichprobenumfang:** 10.853 Teilnehmende

### KiGGS-Erhebungswellen:

- ▶ KiGGS-Basiserhebung (2003–2006)  
Untersuchungs- und Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 1 (2009–2012)  
Befragungssurvey
- ▶ KiGGS Welle 2 (2014–2017)  
Untersuchungs- und Befragungssurvey

Mehr Informationen unter  
[www.kiggs-studie.de](http://www.kiggs-studie.de)

verschiedene Faktoren vor, während und nach der Migration die gesundheitliche Lage der Zugewanderten und ihrer in Deutschland geborenen Kinder (zweite Generation) beeinflussen [4, 5]. Zwar unterliegen Kinder und Jugendliche ohne eigene Migrationserfahrung nicht den Lebensbedingungen des Herkunftslandes ihrer Eltern und haben den Migrationsprozess selbst nicht erlebt. Dennoch können daraus Einflüsse auf ihre Gesundheit resultieren (z. B. Diskriminierungserfahrungen). Zudem können Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund möglicherweise eine Sozialisation erfahren, die durch kulturelle Konflikte geprägt ist: Neben den Werten und Lebensformen der Familie werden ihre Sozialisationserfahrungen durch die Denkmuster und Normen der Aufnahmegesellschaft beeinflusst. Auf der anderen Seite können Kinder und Jugendliche auf die gesundheitliche Lage ihrer Eltern einwirken, indem sie eine Vermittlerrolle zwischen ihnen und den Einrichtungen des Gesundheitswesens einnehmen [5–7].

Der Migrationsstatus allein ist für eine Analyse gesundheitlicher Ungleichheiten ungenügend [8, 9]. Vielmehr gilt es, weitere Erklärungsfaktoren, wie zum Beispiel die soziale Lage als relevante Einflussgröße gesundheitlicher Ungleichheit einzubeziehen [10]. Allerdings ist die Datenglage zur Beschreibung der Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund nach wie vor unzureichend. So entspricht der Anteil von Migrantinnen und Migranten in gesundheitswissenschaftlichen Surveys oftmals nicht ihrem Anteil in der Bevölkerung. Neben Besonderheiten im Teilnahmeverhalten führen sprachliche Barrieren, Misstrauen und Ängste vor sensiblen Fragen oder möglichen aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen einer (Nicht-)Teilnahme dazu, dass Menschen mit Migrationshintergrund

seltener an Befragungen teilnehmen [11, 12]. Demzufolge ist ein migrationssensibles Vorgehen unerlässlich, um Menschen mit Migrationshintergrund besser in Befragungen einzubinden.

Die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) erhebt regelmäßig bundesweit repräsentative Daten zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen. In der als Untersuchungs- und Befragungssurvey angelegten zweiten Folgerhebung der KiGGS-Studie (KiGGS Welle 2, 2014–2017) wurde zur verstärkten Einbindung von Familien mit Migrationshintergrund ein mehrstufiges migrationssensibles Vorgehen umgesetzt. Neben der überproportionalen Berücksichtigung von Kindern und Jugendlichen ohne deutsche Staatsangehörigkeit bei der Stichprobenziehung (Oversampling) wurde beispielsweise ein Namenszuweisungsverfahren (onomastisches Verfahren) angewandt, um die Einladungsschreiben entsprechend der Herkunftssprache zu versenden. Darüber hinaus wurden unter anderem die Erhebungsmaterialien übersetzt und die Feldteams interkulturell geschult [13].

Auswertungen der KiGGS-Basiserhebung (2003–2006), bei der erstmals ein migrationssensibles Studiendesign im Rahmen des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut angewandt wurde, deuten auf Unterschiede in der gesundheitlichen Lage zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund hin. So liegt der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die ihre Gesundheit als gut oder sehr gut einschätzen, unter den 11- bis 17-Jährigen mit beidseitigem Migrationshintergrund signifikant niedriger als unter den Gleichaltrigen ohne oder mit einseitigem Migrationshintergrund. Zudem belegen die Ergebnisse,

## KiGGS Welle 2 ermöglicht eine differenzierte Beschreibung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nach migrationsbezogenen und soziodemografischen Merkmalen.

dass Kinder und Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund überproportional häufig von Übergewicht und Adipositas betroffen sind. Andererseits konsumieren sie seltener Alkohol als die Vergleichsgruppen (Kinder und Jugendliche ohne und mit einseitigem Migrationshintergrund). Insgesamt weisen die Ergebnisse der KiGGS-Basiserhebung auf eine hohe Heterogenität unter den Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund hin. So variieren die einzelnen Gesundheitsindikatoren teilweise deutlich nach dem Geschlecht, dem Herkunftsland und der Aufenthaltsdauer [14]. Es ist demzufolge unerlässlich, über eine bloße Unterscheidung nach dem (Nicht-)Vorliegen eines Migrationshintergrundes hinauszugehen.

Basierend auf dem Kernindikatorenset der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu Menschen mit Migrationshintergrund soll die gesundheitliche Lage von 11- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund anhand einzelner Gesundheitsindikatoren, die in KiGGS Welle 2 erhoben wurden, beschrieben werden (siehe auch Beitrag [Gesundheitsberichterstattung zu Menschen mit Migrationshintergrund – Auswahl und Definition von \(Kern-\)Indikatoren](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring). Dabei erfolgt, entsprechend den Empfehlungen des Beitrags, eine differenzierte Darstellung der Ergebnisse nach migrationsbezogenen und soziodemografischen Merkmalen.

## 2. Methode

### 2.1 Stichprobendesign und Studiendurchführung

KiGGS ist Bestandteil des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut und beinhaltet unter anderem

wiederholt durchgeführte, für Deutschland repräsentative Querschnitterhebungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 17 Jahren. Die KiGGS-Basiserhebung wurde als Untersuchungs- und Befragungssurvey (2003–2006) durchgeführt. Während KiGGS Welle 1 als telefonischer Befragungssurvey (2009–2012) konzipiert war, wurde KiGGS Welle 2 (2014–2017) erneut als kombinierter Untersuchungs- und Befragungssurvey durchgeführt. Das Konzept und Design von KiGGS sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben [15–18].

Die Einzuladenden wurden in 167 für die Bundesrepublik repräsentativen Städten und Gemeinden, die bereits für die KiGGS-Basiserhebung ausgewählt worden waren, zufällig aus den Melderegistern gezogen. Eine Vielzahl von Maßnahmen wurde eingesetzt, um eine hohe Teilnehmerszahl sowie eine Zusammensetzung der Stichprobe zu erreichen, die der Zusammensetzung der Bevölkerung möglichst gut entspricht [13, 18].

Insgesamt nahmen 15.023 Kinder und Jugendliche (7.538 Mädchen, 7.485 Jungen) an der Querschnitterhebung in KiGGS Welle 2 teil (Responsequote 40,1%). Am Untersuchungsprogramm beteiligten sich 3.567 Kinder und Jugendliche (1.801 Mädchen, 1.766 Jungen; Responsequote 41,5%). Die Responsequote wurde in Anlehnung an die Response Rate 2 der American Association for Public Opinion Research (AAPOR) berechnet [19].

### 2.2 Indikatoren

In diesem Beitrag werden vier Gesundheitsindikatoren aus verschiedenen Handlungsfeldern des Kernindikatorensets der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur

gesundheitlichen Lage von Menschen mit Migrationshintergrund beschrieben: Neben dem selbsteingeschätzten Gesundheitszustand (Handlungsfeld: Förderung und Stärkung des Gesundheitszustandes), der Prävalenz von Übergewicht (einschließlich Adipositas) und dem riskanten Alkoholkonsum (Handlungsfeld: Förderung und Stärkung eines gesundheitsbewussten Verhaltens) folgt eine Darstellung der Inanspruchnahme ambulant ärztlicher Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin und Pädiatrie (Handlungsfeld: Förderung einer gleichberechtigten Teilhabe an Leistungen des Gesundheitssystems). Die Ergebnisse werden sowohl nach dem Migrationshintergrund (ohne versus ein- oder beidseitig) als auch nach migrationsbezogenen (Aufenthaltsdauer der Eltern, zu Hause gesprochene Sprache) und soziodemografischen (Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status) Merkmalen stratifiziert.

Die Analysen basieren auf Selbstangaben der Kinder und Jugendlichen im Alter von elf bis 17 Jahren oder – je nach Indikator – auf Elternangaben. In diesem Beitrag werden nur Teilnehmende betrachtet, von denen ein von den Eltern ausgefüllter Fragebogen und ein gültiger Fragebogen der 11- bis 17-Jährigen vorlag ( $n=6.103$ ; 3.195 Mädchen und 2.908 Jungen). Fehlende Angaben resultieren in unterschiedlichen Teilnehmendenzahlen für die einzelnen Indikatoren.

### Gesundheitsindikatoren

#### Allgemeiner Gesundheitszustand

Um den Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund zu beschreiben,

wurde der selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand ausgewählt. Die Ergebnisse zur subjektiven Gesundheit basieren auf Selbsteinschätzungen der 11- bis 17-Jährigen. Entsprechend den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) [20] wurde die Frage folgendermaßen formuliert: „Wie würdest du deinen Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ Als Antwortmöglichkeiten waren „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“ vorgegeben. In den folgenden Ausführungen wird der Anteil an Kindern und Jugendlichen berichtet, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzen. Die Analysen basieren dabei auf Daten von 4.937 Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (2.552 Mädchen, 2.385 Jungen) und 1.093 Gleichaltrigen mit Migrationshintergrund (604 Mädchen, 489 Jungen).

#### Body Mass Index

Der Body Mass Index (BMI), ein Quotient aus Körpergewicht und Körpergröße im Quadrat ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), ist ein Maß zur Klassifizierung von Unter-, Normal-, Übergewicht sowie Adipositas. Aufgrund der wachstumsbedingten Veränderungen im Kindes- und Jugendalter wird der BMI-Wert in Perzentilkurven, die das Alter und Geschlecht berücksichtigen, eingeordnet [21]. In Deutschland wird zur Definition der BMI-Klassifizierungen das Referenzsystem von Kromeyer-Hauschild verwendet. Dabei werden Kinder und Jugendliche mit einem BMI-Wert oberhalb des 90. Perzentils als übergewichtig eingestuft, mit einem BMI-Wert oberhalb des 97. Perzentils als adipös [22, 23]. Der Kernindikator bildet den Anteil an Kindern und Jugendlichen ab, die von Übergewicht betroffen sind,

einschließlich Adipositas. Hierzu wurden die Selbstangaben der Kinder und Jugendlichen ab elf Jahren zu Körpergewicht und -größe herangezogen. In die Auswertungen sind 4.739 Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund (2.447 Mädchen, 2.292 Jungen) eingegangen; bei den Gleichaltrigen mit Migrationshintergrund liegen für 1.022 Kinder und Jugendliche gültige Werte vor (563 Mädchen, 459 Jungen).

### Alkoholkonsum

In KiGGS wurde zunächst die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums von Kindern und Jugendlichen ab elf Jahren erfasst („Hast du schon einmal Alkohol getrunken?“, Antwortkategorien: „Ja“, „Nein“). Die Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums wurde mithilfe des Alcohol Use Disorder Identification Test (-Consumption; Audit-C), einem Kurzinstrument zur Erfassung der Menge und Häufigkeit des Alkoholkonsums, erhoben [24]. Dabei wurde zunächst die Häufigkeit des Alkoholkonsums („Wie oft nimmst du ein alkoholisches Getränk, also z. B. ein Glas Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör, zu dir?“) anhand der Antwortkategorien „Nie“, „Einmal pro Monat oder seltener“, „2 bis 4 Mal im Monat“, „2 bis 3 Mal pro Woche“ und „4 Mal pro Woche oder öfter“ erfasst. Anschließend wurde ermittelt, wie viele alkoholische Getränke üblicherweise an einem Tag konsumiert werden (Antwortmöglichkeiten: „1 bis 2 alkoholische Getränke“, „3 bis 4“, „5 bis 6“, „7 bis 9“, „10 oder mehr alkoholische Getränke“). Zur objektiven Bestimmung der Alkoholtrinkmenge dient ein kurzer Erklärungstext („Mit einem Getränk meinen wir eine kleine Flasche Bier=0,33 l, ein kleines Glas Wein oder Sekt=0,125 l, einen doppelten Schnaps oder Likör=4 cl oder

ein Mixgetränk=1 Flasche Alkopops“). Mit der dritten Frage des AUDIT-C wurde das Rauschtrinken erfasst, das heißt der Konsum von sechs oder mehr alkoholischen Getränken bei einer Gelegenheit mindestens einmal im Monat oder häufiger (Antwortkategorien: „Nie“, „Seltener als einmal im Monat“, „Jeden Monat“, „Jede Woche“, „Jeden Tag oder fast jeden Tag“). Aus den drei Fragen wurde ein Summenscore zur Beschreibung der Verbreitung des riskanten Alkoholkonsums gebildet. Für 4.815 Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund (2.504 Mädchen, 2.311 Jungen) und 1.080 Gleichaltrige mit Migrationshintergrund (594 Mädchen, 486 Jungen) liegen gültige Werte zum Konsum riskanter Alkoholtrinkmengen vor.

### Inanspruchnahme ambulant ärztlicher Versorgung

Der Indikator zur Beschreibung der Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen wurde anhand der folgenden Frage gebildet: „Bitte teilen Sie uns mit, welche niedergelassenen Ärzte/Ärztinnen der folgenden Fachrichtungen Sie für Ihr Kind in den letzten 12 Monaten wie häufig in Anspruch genommen haben“ (Elternangaben bei Kindern und Jugendlichen zwischen elf und 13 Jahren; Selbstangaben der ab 14-Jährigen). Explizit eingeschlossen werden „Hausbesuche, aber nicht Arztkontakte im Krankenhaus oder in einer Kur“. Für den Indikator wurden die Antwortkategorien „Kinderarzt, Pädiater“ und „Praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin“ zusammengefasst. In diesem Beitrag wird demnach der Anteil von Kindern und Jugendlichen berichtet, die in den letzten zwölf Monaten Leistungen von niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten für Pädiatrie und/oder Allgemeinmedizin beziehungsweise Praktischen Ärztinnen und Ärzten in



Anspruch genommen haben. Die Ergebnisse basieren auf gültigen Angaben von 4.882 Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund (2.547 Mädchen, 2.335 Jungen) und 1.067 Gleichaltrigen mit Migrationshintergrund (592 Mädchen, 475 Jungen).

### Stratifizierungsmerkmale

#### Soziodemografische Merkmale

Die Prävalenzen werden jeweils für Mädchen und Jungen getrennt dargestellt. Zudem erfolgt in Anlehnung an die Kategorisierung nach dem Jugendschutzgesetz eine Differenzierung des Alters in 11 bis 13 Jahre (Kinder) sowie 14 bis 17 Jahre (Jugendliche). Der sozioökonomische Status (SES) der Familien wurde anhand eines mehrdimensionalen Indexes bestimmt, in den Angaben der Eltern zu ihrer schulischen und beruflichen Ausbildung, ihrer beruflichen Stellung und zu ihrem Haushaltsnettoeinkommen (bedarfs-gewichtet) eingehen [25]. Der SES erlaubt eine Einteilung in eine niedrige, mittlere und hohe Statusgruppe.

#### Migrationsbezogene Merkmale

Neben dem Geschlecht, Alter und SES wird in diesem Beitrag bei Kindern und Jugendlichen auch nach dem Migrationshintergrund stratifiziert. Die Definition des Migrationshintergrundes in KiGGS orientiert sich sowohl am Geburtsland des Kindes und der Eltern als auch an der Staatsangehörigkeit der Eltern. So liegt ein beidseitiger Migrationshintergrund vor, wenn beide Elternteile nicht in Deutschland geboren sind oder keine deutsche Staatsangehörigkeit aufweisen. Ist das Kind selbst aus einem anderen Land zugewandert und mindestens ein Elternteil im Ausland geboren, handelt

es sich ebenfalls um einen beidseitigen Migrationshintergrund. Ein einseitiger Migrationshintergrund ist gegeben, wenn ein Elternteil im Ausland geboren ist oder keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt [6, 14].

Das zweite in diesem Beitrag verwendete migrationsbezogene Stratifizierungsmerkmal stellt die Aufenthaltsdauer der Eltern in Deutschland dar. Auf die Frage „Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?“ konnten die Eltern der Teilnehmenden entweder „Seit meiner Geburt“ oder das Einreisejahr angeben. Aus der Differenz des Befragungsjahres und des angegebenen Zuwanderungsjahres wurde die Aufenthaltsdauer in Jahren gebildet. Gewertet wurde hierzu die Angabe der Mutter, sofern die Mutter oder beide Elternteile selbst zugewandert sind beziehungsweise die Angabe des Vaters, sofern lediglich dieser nach Deutschland zugewandert ist. Aus den Antworten wurden die Ausprägungen „Schon immer und über 20 Jahre“, „11 bis 20 Jahre“, „0 bis 10 Jahre“ gebildet. Die erstgenannte Gruppe beinhaltet somit auch Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund.

Zudem werden die Prävalenzen für die einzelnen Gesundheitsindikatoren nach der zu Hause gesprochenen Sprache als weiteres migrationsbezogenes Merkmal stratifiziert. Diese wurde mit der Frage „Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen?“ (Elternangabe) erhoben. Die Teilnehmenden konnten zunächst zwischen „Deutsch“ und „Andere Sprachen“ wählen. Wenn letzteres zutraf, konnten zwei weitere „andere Sprachen“ angegeben werden. Aus diesen zwei Einzelfragen wurde eine Variable gebildet, die als zu Hause gesprochene Sprache „Ausschließlich Deutsch“, „Deutsch und weitere Sprache(n)“ und „Ausschließlich weitere Sprache(n)“ klassifiziert.

### 2.3 Statistische Analyse

In die Auswertungen wurde ein Gewichtungsfaktor einbezogen, der die Stichprobe hinsichtlich folgender Merkmale an die Bevölkerung angleicht: regionale Struktur, Alter (in Jahren), Geschlecht, Bundesland (offizielle Bevölkerungszahlen Stand 31.12.2015), deutsche Staatsangehörigkeit (Stand 31.12.2014) sowie Bildung der Eltern nach der CASMIN-Klassifikation (Comparative Analysis of Social Mobility in Industrial Nations [26], Mikrozensus 2013 [27]). In diesem Beitrag beschriebene Anteile stellen gewichtete Anteile dar und können von den berichteten ungewichteten Fallzahlen (n) entsprechend abweichen. Alle Analysen wurden mit Stata 15.1 unter Verwendung eines eigens für migrationsbezogene Analysen zusammengestellten Datensatzes von KiGGS Welle 2 durchgeführt (Stata Corp., College Station, TX, USA, 2017). Um die Clusterung der Teilnehmenden innerhalb der Untersuchungsorte und die Gewichtung angemessen bei der Berechnung von Konfidenzintervallen und p-Werten zu berücksichtigen, wurden in allen Analysen Surveyprozeduren für komplexe Stichproben verwendet [28].

Die Ergebnisse werden anhand von Prävalenzen mit 95%-Konfidenzintervallen (95 %-KI) ausgewiesen. Bei den Prävalenzen handelt es sich um Schätzwerte, deren Präzision mithilfe von Konfidenzintervallen beurteilt werden kann – breite Konfidenzintervalle deuten auf eine größere statistische Unsicherheit der Ergebnisse hin. Mittels univariater logistischer Regression wurden Odds Ratio (OR) und p-Werte berechnet, um die Stärke statistischer Zusammenhänge darstellen zu können; von signifikanten Unterschieden wird ausgegangen, wenn der p-Wert kleiner als

0,05 ist. Odds Ratio zeigen, um welchen Faktor die statistische Chance des Auftretens des jeweiligen Outcomes erhöht beziehungsweise verringert ist im Vergleich zur jeweiligen Referenzkategorie.

### 3. Ergebnisse

#### Soziodemografische und migrationsbezogene Merkmale der Teilnehmenden

Von den eingeschlossenen 6.103 Teilnehmenden (3.195 Mädchen und 2.908 Jungen) sind mehr als die Hälfte zwischen 14 und 17 Jahre alt (59,4 %) und entsprechend etwas weniger als die Hälfte im Alter von elf bis 13 Jahren (40,6 %). Basierend auf Angaben von 6.082 Teilnehmenden ist die Mehrheit der mittleren SES-Statusgruppe (62,0 %), etwa jede bzw. jeder Fünfte der niedrigen Statusgruppe (20,2 %) und etwas weniger Teilnehmende der hohen Statusgruppe zuzuordnen (17,8 %).

Drei von vier Teilnehmenden haben keinen Migrationshintergrund (74,5 %), während nahezu ein Zehntel einen einseitigen (9,1 %) und etwa ein Sechstel einen beidseitigen Migrationshintergrund besitzt (16,5 %). Davon weisen 24,1 % eine eigene Migrationserfahrung auf, das heißt, sie sind selbst nach Deutschland zugewandert. Die häufigsten Geburtsländer der 11- bis 17-jährigen mit eigener Migrationserfahrung sind Polen (n=17), Syrien (n=13) und Russland (n=11). Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer der Eltern gehen Angaben für 5.767 Teilnehmende in die Auswertungen ein. Die große Mehrheit der Eltern lebt entweder seit über 20 Jahren oder schon immer in Deutschland (88,8 %). 8,1 % der Eltern leben zwischen elf und 20 Jahren in Deutschland und nur eine kleine Minderheit der

## Die 11- bis 17-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund unterscheiden sich nicht in der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes.

Teilnehmenden hat Eltern, die bis zu zehn Jahre in Deutschland leben (3,1 %). Für das dritte migrationsbezogene Stratifizierungsmerkmal, die zu Hause gesprochene Sprache, liegen Angaben für 6.021 Teilnehmende vor. Bei vier von fünf Kindern und Jugendlichen wird zu Hause ausschließlich Deutsch gesprochen (80,2 %), bei etwa einem Sechstel Deutsch und eine oder mehrere weitere Sprachen (16,7 %). Lediglich bei einer sehr kleinen Minderheit wird zu Hause kein Deutsch gesprochen (3,1 %).

### Allgemeiner Gesundheitszustand

Unter den Teilnehmenden schätzt die große Mehrheit ihren allgemeinen Gesundheitszustand als sehr gut oder gut ein. Stratifiziert nach Migrationshintergrund zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (ohne Migrationshintergrund 89,4 %, einseitiger Migrationshintergrund 89,1 %, beidseitiger Migrationshintergrund 87,1 %). Auch bei weiterer Stratifizierung nach Geschlecht, Alter oder SES bestehen keine signifikanten Unterschiede in der selbsteingeschätzten Gesundheit nach dem Migrationshintergrund ([Annex Tabelle 1](#)).

Für die weiteren migrationsbezogenen Stratifizierungsmerkmale zeigen sich insgesamt wenige signifikante Unterschiede in der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Bei der Subgruppenbetrachtung wird deutlich, dass Mädchen, deren Eltern zwischen elf und 20 Jahren in Deutschland leben, ihren Gesundheitszustand seltener als sehr gut oder gut einschätzen als Mädchen, deren Eltern seit über 20 Jahren beziehungsweise schon immer in Deutschland leben. Gleiches zeigt sich in der Altersgruppe der 14- bis 17-Jährigen. Auch in der niedrigen Statusgruppe bewerten diejenigen, deren Eltern zwischen

elf bis 20 Jahren in Deutschland leben, ihren Gesundheitszustand etwas seltener als sehr gut oder gut verglichen mit denjenigen, deren Eltern seit mindestens 20 Jahren beziehungsweise schon immer in Deutschland leben ([Annex Tabelle 1](#)).

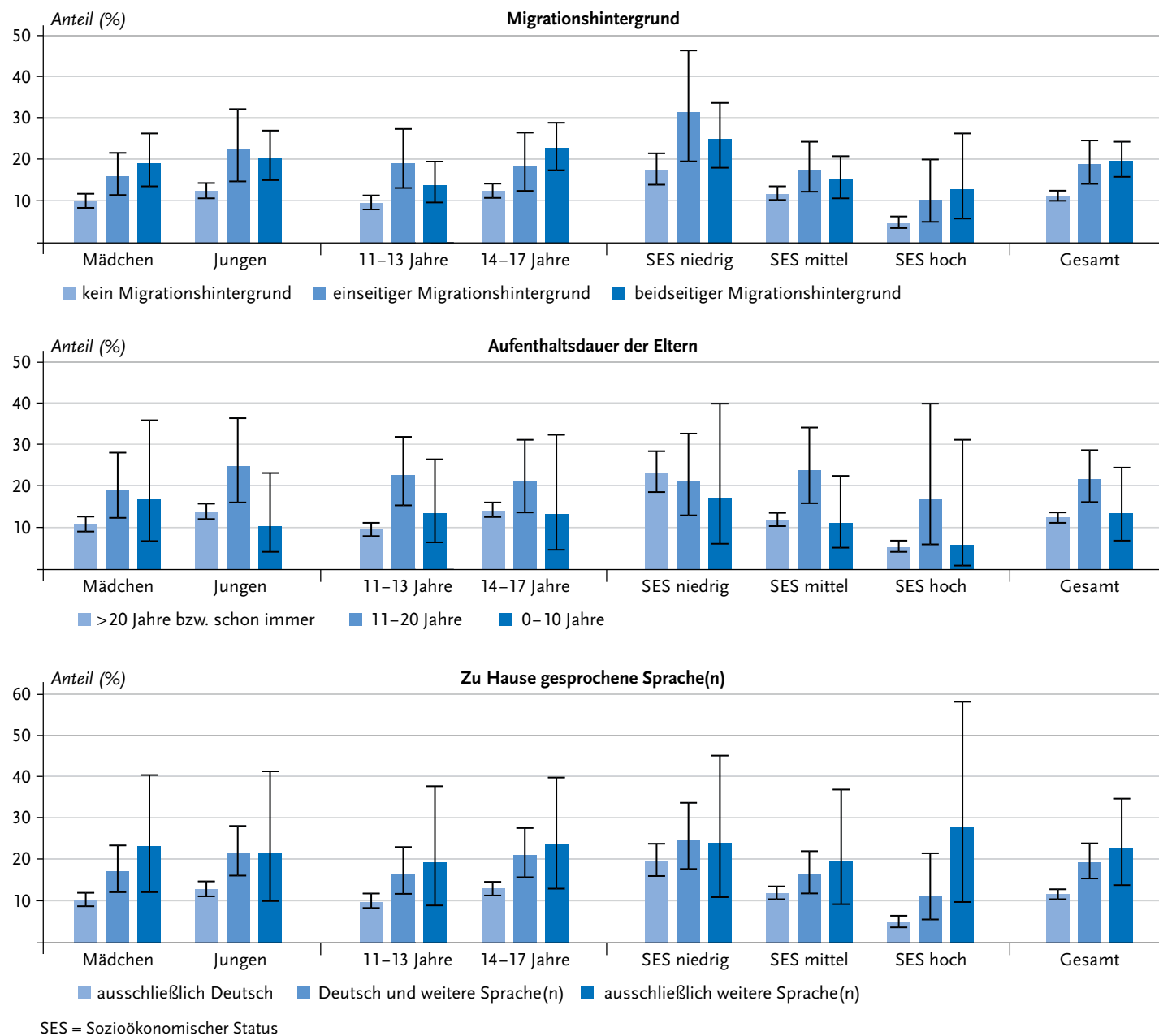
Nach der zu Hause gesprochenen Sprache bestehen insgesamt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilnehmenden. Lediglich bei den Jungen zeigt sich ein signifikanter Unterschied: Jungen, bei denen zu Hause ausschließlich Deutsch gesprochen wird, bewerten ihren Gesundheitszustand seltener als sehr gut oder gut als Jungen, bei denen zu Hause ausschließlich eine oder mehrere weitere Sprachen gesprochen werden. Unter den 14- bis 17-Jährigen bewerten diejenigen, bei denen Deutsch und eine oder mehrere weitere Sprachen zu Hause gesprochen werden, ihre allgemeine Gesundheit etwas seltener als sehr gut oder gut verglichen mit denjenigen, bei denen zu Hause ausschließlich Deutsch gesprochen wird ([Annex Tabelle 1](#)).

### Body Mass Index

Kinder und Jugendliche mit ein- sowie beidseitigem Migrationshintergrund sind signifikant häufiger von Übergewicht (einschließlich Adipositas) betroffen als Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund ([Abbildung 1](#) und [Annex Tabelle 2](#)). Dies gilt für Mädchen wie für Jungen. In Bezug auf die Altersgruppen zeigen sich ebenfalls Unterschiede in der Häufigkeit des Übergewichts. Während die Gruppe der 11- bis 13-jährigen Kinder mit einseitigem Migrationshintergrund häufiger von Übergewicht betroffen ist als Kinder ohne Migrationshintergrund, trifft dies in der Gruppe der 14- bis 17-Jährigen häufiger auf Jugendliche mit beidseitigem Migrationshintergrund zu. Signifikante



**Abbildung 1**  
**Prävalenz von Übergewicht (einschließlich Adipositas) bei 11- bis 17-jährigen nach soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmalen (n=3.010 Mädchen, n=2.751 Jungen)**  
 Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)



## Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund sind häufiger übergewichtig als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund, konsumieren aber seltener Alkohol in riskanten Mengen.

Unterschiede nach dem SES zeigen sich zudem in allen drei Statusgruppen. In der niedrigen und mittleren Statusgruppe sind 11- bis 17-Jährige mit einseitigem Migrationshintergrund häufiger von Übergewicht betroffen als diejenigen ohne Migrationshintergrund. In der hohen Statusgruppe sind diejenigen mit beidseitigem Migrationshintergrund häufiger betroffen als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund ([Abbildung 1](#) und [Annex Tabelle 2](#)).

Darüber hinaus bestehen Unterschiede nach der Aufenthaltsdauer der Eltern in Deutschland: So sind insgesamt Kinder und Jugendliche, deren Eltern zwischen elf und 20 Jahren in Deutschland leben, häufiger von Übergewicht betroffen als Gleichaltrige, deren Eltern seit über 20 Jahren oder schon immer in Deutschland leben. Dieser Unterschied zeigt sich bei Mädchen wie Jungen. Auch in der Gruppe der 11- bis 13-Jährigen sind diejenigen häufiger von Übergewicht betroffen, deren Eltern seit elf bis 20 Jahren in Deutschland leben im Vergleich zu jenen, deren Eltern länger oder schon immer hier leben. Dieser Unterschied ist auch in der mittleren und in der hohen Statusgruppe vorzufinden ([Abbildung 1](#) und [Annex Tabelle 2](#)).

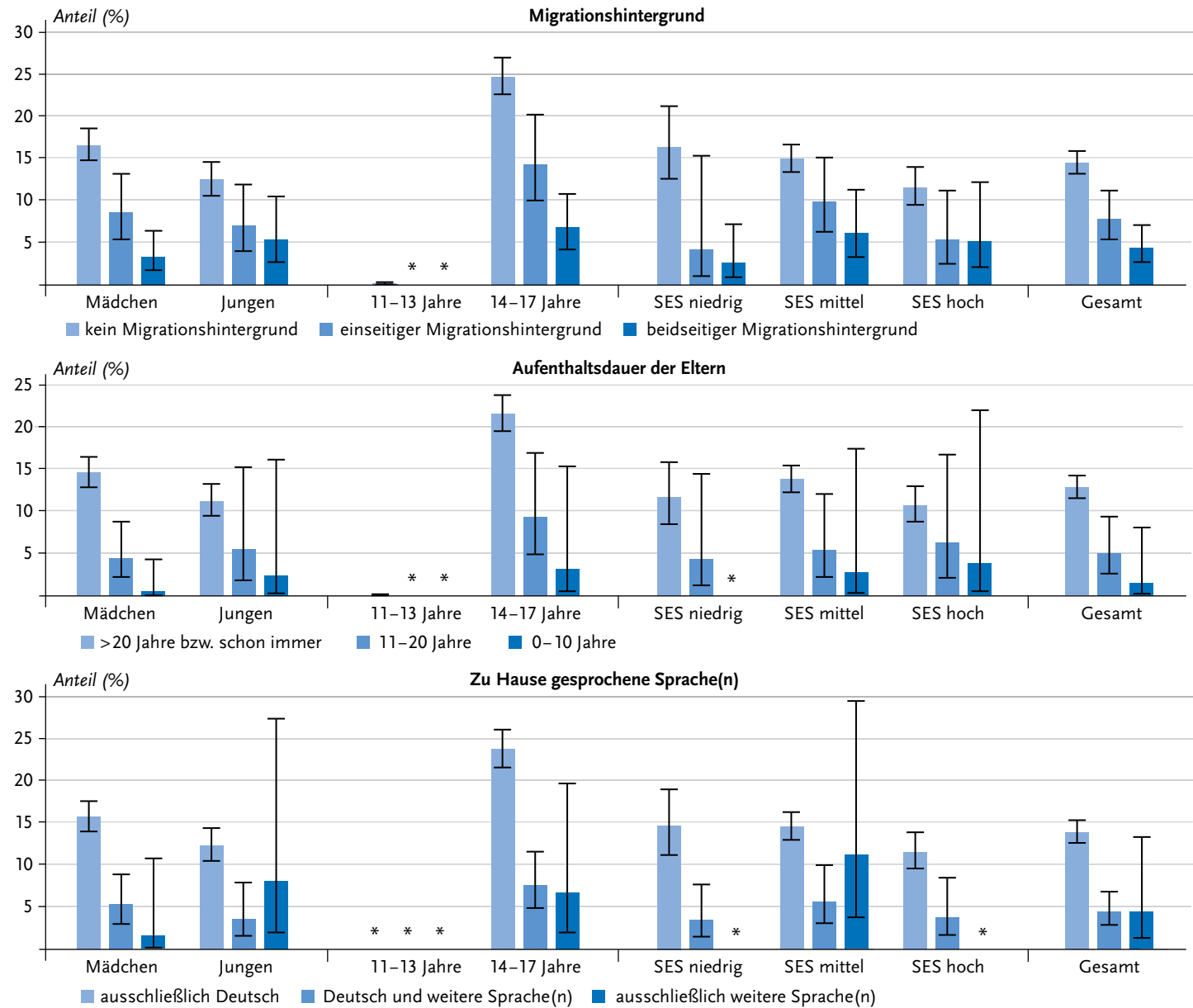
Eine Differenzierung nach der zu Hause gesprochenen Sprache zeigt ebenfalls eine Reihe an Unterschieden. Insgesamt sind diejenigen Kinder und Jugendlichen häufiger von Übergewicht betroffen, bei denen zu Hause entweder Deutsch und eine oder mehrere weitere Sprachen gesprochen werden oder bei denen kein Deutsch gesprochen wird im Vergleich zu denjenigen, bei denen ausschließlich Deutsch gesprochen wird ([Abbildung 1](#) und [Annex Tabelle 2](#)). Sowohl Mädchen als auch Jungen, bei denen neben Deutsch eine oder mehrere weitere Sprachen zu Hause gesprochen werden, sind häufiger übergewichtig als

Mädchen und Jungen, bei denen ausschließlich Deutsch gesprochen wird. Bei den Mädchen trifft dies auch auf diejenigen zu, bei denen zu Hause ausschließlich eine oder mehrere weitere Sprachen, außer Deutsch, gesprochen werden. Der Unterschied, dass Kinder und Jugendliche, bei denen zu Hause neben Deutsch eine oder mehrere weitere Sprachen gesprochen werden, häufiger von Übergewicht betroffen sind, wird ebenfalls in beiden betrachteten Altersgruppen deutlich ([Abbildung 1](#) und [Annex Tabelle 2](#)). Hinsichtlich des SES zeigt sich, dass Kinder und Jugendliche aus der hohen Statusgruppe, bei denen zu Hause kein Deutsch gesprochen wird, häufiger von Übergewicht betroffen sind, als Kinder und Jugendliche, bei denen zu Hause ausschließlich Deutsch gesprochen wird. Gleiches gilt für diejenigen, bei denen neben Deutsch eine oder mehrere weitere Sprachen gesprochen werden ([Abbildung 1](#) und [Annex Tabelle 2](#)).

### Alkoholkonsum

Den Konsum riskanter Alkoholtrinkmengen geben mit 14,5 % signifikant häufiger Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund an als Gleichaltrige mit einseitigem beziehungsweise beidseitigem Migrationshintergrund ([Abbildung 2](#) und [Annex Tabelle 3](#)). Gleiches zeigt sich bei beiden Geschlechtern. Auch in der Gruppe der 14- bis 17-Jährigen konsumieren die Jugendlichen mit einseitigem und beidseitigem Migrationshintergrund signifikant seltener Alkohol in riskanten Mengen. In den betrachteten Statusgruppen zeigen sich ebenfalls Unterschiede nach dem Migrationshintergrund. Während in der niedrigen und hohen Statusgruppe Kinder und Jugendliche mit einseitigem Migrationshintergrund seltener in riskanten

**Abbildung 2**  
**Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums bei**  
**11- bis 17-jährigen nach soziodemografischen**  
**und migrationsbezogenen Merkmalen**  
**(n=3.098 Mädchen, n=2.797 Jungen)**  
 Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)



SES = Sozioökonomischer Status

\*Die Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums betrug in diesen Gruppen (nahezu) null Prozent.

## In der Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen bestehen keine Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund.

Mengen Alkohol konsumieren, trifft dies in der niedrigen und mittleren Statusgruppe auf diejenigen mit beidseitigem Migrationshintergrund zu ([Abbildung 2](#) und [Annex Tabelle 3](#)).

Kinder und Jugendliche, deren Eltern seit über 20 Jahren beziehungsweise schon immer in Deutschland leben, weisen am häufigsten einen riskanten Alkoholkonsum auf verglichen mit denjenigen, deren Eltern unter 20 Jahre in Deutschland leben ([Annex Tabelle 3](#)). Gleiches trifft in den Subgruppenanalysen auf die Mädchen sowie auf die Gruppe der 14- bis 17-Jährigen zu. In der mittleren Statusgruppe konsumieren diejenigen, deren Eltern seit über 20 Jahren oder schon immer in Deutschland leben signifikant häufiger Alkohol in riskanten Mengen als Kinder und Jugendliche, deren Eltern zwischen elf und 20 Jahren in Deutschland leben ([Abbildung 2](#) und [Annex Tabelle 3](#)).

Differenziert nach der zu Hause gesprochenen Sprache der Kinder und Jugendlichen zeigen sich ebenfalls Unterschiede bezüglich der Häufigkeit des riskanten Alkoholkonsums. Diejenigen, bei denen zu Hause ausschließlich Deutsch gesprochen wird, geben mit 14,0% etwa dreimal so häufig einen riskanten Alkoholkonsum an wie diejenigen, bei denen zu Hause Deutsch und eine oder mehrere weitere Sprachen beziehungsweise ausschließlich eine oder mehrere weitere Sprachen gesprochen werden ([Abbildung 2](#) und [Annex Tabelle 3](#)). Bei den Jungen sowie in allen drei Statusgruppen weisen diejenigen einen geringeren Alkoholkonsum auf, bei denen neben Deutsch noch eine oder mehrere weitere Sprachen gesprochen werden, im Vergleich zu denjenigen, bei denen zu Hause ausschließlich Deutsch gesprochen wird. In der Gruppe der Mädchen sowie unter den 14- bis 17-Jährigen weisen darüber hinaus

auch diejenigen, bei denen zu Hause kein Deutsch gesprochen wird, seltener einen riskanten Alkoholkonsum auf ([Abbildung 2](#) und [Annex Tabelle 3](#)).

### Inanspruchnahme ambulant ärztlicher Versorgung

Insgesamt haben mehr als drei Viertel der Kinder und Jugendlichen in den vergangenen zwölf Monaten pädiatrische oder allgemeinmedizinische Leistungen in Anspruch genommen. Es bestehen keine migrationsbezogenen Unterschiede in den Subgruppen nach Geschlecht, Alter, SES oder Aufenthaltsdauer der Eltern ([Annex Tabelle 4](#)).

Stratifiziert nach der zu Hause gesprochenen Sprache der Kinder und Jugendlichen zeigt sich sowohl insgesamt als auch in den Subgruppen lediglich ein Unterschied: Kinder und Jugendliche aus der hohen sozioökonomischen Statusgruppe, bei denen zu Hause neben Deutsch eine oder mehrere weitere Sprachen gesprochen werden, nehmen pädiatrische und/oder allgemeinmedizinische Leistungen häufiger in Anspruch als diejenigen, bei denen zu Hause ausschließlich Deutsch gesprochen wird ([Annex Tabelle 4](#)).

## 4. Diskussion

Der vorliegende Beitrag zielt darauf ab, die gesundheitliche Lage von 11- bis 17-Jährigen anhand einzelner Gesundheitsindikatoren des Kernindikatorensets der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund aus den Bereichen Gesundheitsstatus, Gesundheitsverhalten und der Gesundheitsversorgung zu beschreiben. Um die Vielfalt von Kindern und Jugendlichen zu berücksichtigen, wurde

**Bei ausgewählten Gesundheitsindikatoren bestehen signifikante Unterschiede nach soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmalen zwischen den 11- bis 17-Jährigen.**

über den Migrationshintergrund hinaus nach weiteren migrationsbezogenen und soziodemografischen Merkmalen stratifiziert.

Zur Darstellung des Gesundheitsstatus wurde die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes (subjektive Gesundheit) ausgewählt. Diese erwies sich in verschiedenen Längsschnittstudien als aussagekräftiger Prädiktor für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, das Vorliegen chronischer Erkrankungen und die Sterblichkeit [29]. Der allgemeine Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen wurde mehrheitlich als sehr gut beziehungsweise gut eingeschätzt. Dabei zeigten sich nur wenige Unterschiede nach migrationsbezogenen Merkmalen in einzelnen Subgruppen.

Im Hinblick auf die Prävalenz des Übergewichts – einschließlich Adipositas – deuten die Auswertungen von KiGGS Welle 2 auf migrationsbezogene Unterschiede zwischen den Kindern und Jugendlichen hin. So sind die 11- bis 17-Jährigen mit Migrationshintergrund häufiger von Übergewicht betroffen als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Die höhere Prävalenz von Übergewicht ist gemäß einiger Erklärungsansätze unter anderem auf das teilweise ungesündere Ernährungsmuster bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zurückzuführen [30]. So zeigen Auswertungen der KiGGS-Basiserhebung, dass eine längere Aufenthaltsdauer und die Zugehörigkeit zur zweiten Migrationsgeneration mit einem höheren Konsum von Softdrinks, Fast Food etc. einhergehen. Zudem liegt die Prävalenz sportlicher Inaktivität bei Kindern und Jugendlichen mit beidseitigem Migrationshintergrund, insbesondere bei Mädchen, höher als bei den Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund [14].

Beide Risikofaktoren für Übergewicht – ungesunde Ernährung und geringe sportliche Aktivität – können jedoch nicht allein auf das Vorliegen eines Migrationshintergrundes zurückgeführt werden, sondern bedürfen einer tiefergehenden Betrachtung. So ist es denkbar, dass finanzielle Restriktionen in den Familien dazu beitragen, dass seltener gesunde Lebensmittel verzehrt oder Freizeitangebote, die mit körperlich-sportlicher Aktivität einhergehen, in Anspruch genommen werden [21]. Einen weiteren möglichen Erklärungsfaktor stellt das Wohnumfeld und demzufolge auch das Angebot an Fast-Food-Restaurants und Freizeitaktivitäten dar [31, 32]. Dieser mögliche Zusammenhang ließe sich perspektivisch mit einer Verknüpfung von Befragungs- und Geodaten untersuchen [33]. Limitierend ist jedoch anzumerken, dass für die vorliegenden Auswertungen zum Übergewicht Selbstangaben aus den Befragungsdaten der KiGGS-Studie herangezogen wurden, da diese für alle Teilnehmenden vorliegen. Körpergewicht und -größe wurden im Rahmen des Untersuchungssurveys von KiGGS, an dem nur ein Teil der Kinder und Jugendlichen teilgenommen hat, standardisiert gemessen und gelten im Vergleich zu Selbstangaben als verlässlichere Kennzahlen. Allerdings sind die Fallzahlen für differenzierte Auswertungen innerhalb der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in der betrachteten Altersgruppe zu niedrig.

Demgegenüber belegen die vorliegenden Auswertungen, dass Kinder und Jugendliche mit ein- oder beidseitigem Migrationshintergrund signifikant seltener Alkohol in riskanten Trinkmengen konsumieren als Gleichaltrige ohne Migrationshintergrund. Bisherige Forschungsergebnisse deuten auf einen – kulturell sowie religiös begründeten – Zusammenhang zwischen dem Konsum von



Alkohol und dem Vorliegen eines Migrationshintergrundes in Abhängigkeit des Geburtslandes hin [14, 34, 35]. Aufgrund geringer Fallzahlen, aber auch infolge des Mangels an Determinanten in der KiGGS-Erhebung (zum Beispiel der Religionszugehörigkeit), kann diesem möglichen Zusammenhang im Rahmen dieses Beitrags jedoch nicht eingehend nachgegangen werden.

In Bezug auf die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems zeigten sich keine Unterschiede nach migrationsbezogenen Merkmalen bei den Kindern und Jugendlichen und die Mehrheit hatte, unabhängig vom Vorliegen einer eigenen oder familiären Migrationsgeschichte, pädiatrische und/oder allgemeinmedizinische Leistungen in den letzten zwölf Monaten in Anspruch genommen. Lediglich im Hinblick auf die Aufenthaltsdauer der Eltern in Deutschland zeigten sich innerhalb der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund leichte Unterschiede in der Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen einher. Möglicherweise ist dieses Ergebnis auf eine unzureichende Kenntnis des Gesundheitssystems in Deutschland bei kürzerer Aufenthaltsdauer zurückzuführen. Zudem können in Diskriminierungserfahrungen und strukturellen Barrieren, die unter anderem mit dem aufenthaltsrechtlichen Status einhergehen, weitere Erklärungsansätze bestehen [36, 37].

Überraschend ist hingegen, dass die Sprache, die in der bisherigen Forschungsliteratur als relevante Barriere im Zugang zu Leistungen der Gesundheitsversorgung identifiziert wurde, in keinem Zusammenhang mit der

Inanspruchnahme pädiatrischer oder allgemeinmedizinischer Leistungen zu stehen scheint. Limitierend ist hier jedoch anzumerken, dass die zu Hause gesprochene Sprache nur näherungsweise die Deutschkenntnisse der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern abbildet. Das im migrationsbezogenen Indikatorenset der Gesundheitsberichterstattung des Bundes empfohlene Stratifizierungsmerkmal „Selbsteinschätzung der deutschen Sprachkenntnisse“ wurde im Rahmen von KiGGS Welle 2 nicht erhoben.

Insgesamt belegen die Ergebnisse, dass sich die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund ähnlich gut darstellt. Unterschiede zeigen sich hingegen bei Outcomes, die dem Gesundheitsverhalten (Ernährungs- und Bewegungsverhalten, Substanzkonsum) zuzuordnen sind. Für eine eingehende Analyse der Unterschiede im Gesundheitsverhalten bedarf es jedoch – trotz nahezu bevölkerungsanteiliger Einbindung von Familien mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2 – größerer Fallzahlen, um der Heterogenität von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund gerecht zu werden. Gleichzeitig stellen die vorliegenden Auswertungen lediglich erste Ergebnisse dar. In multivariaten Modellen müsste in einem nächsten Schritt geprüft werden, welchen Einfluss migrationsbezogene Variablen unter Kontrolle von soziodemografischen und sozioökonomischen Merkmalen tatsächlich haben. Um zum Beispiel die Annahme zu überprüfen, dass weniger gesundheitsförderliches Verhalten in Bezug auf die Ernährung und Bewegung vor allem auf finanzielle Restriktionen statt auf den Migrationshintergrund zurückzuführen sind, sollten Familien – mit und ohne Migrationshintergrund – aus der niedrigen sozioökonomischen Statusgruppe künftig stärker eingebunden

werden. Unabhängig vom Migrationshintergrund ist es jedoch insgesamt schwierig, Menschen aus dieser Statusgruppe für Befragungen zu gewinnen [15, 38].

Ein weiteres Fallzahlproblem wird in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund deutlich: So könnten sich Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zwischen Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund und ohne deutsche Staatsangehörigkeit in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus (befristet vs. unbefristet) und damit einhergehendem rechtlichen Zugang zum Gesundheitssystem zeigen. Dies kann mit den vorliegenden Daten aufgrund der geringen Fallzahlen jedoch nicht untersucht werden.

Neben den Fallzahlen stellt die unzureichende Berücksichtigung migrationssensibler Konzepte im Rahmen von KiGGS Welle 2 eine weitere Limitation dar. So könnte die Erhebung der Religionszugehörigkeit einen Erklärungsansatz für den geringeren Alkoholkonsum von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund geben – die alleinige Herkunft aus einem Land mit vorwiegend muslimischer Bevölkerung kann diesen Indikator ebenso wenig ersetzen, wie die Erhebung der zu Hause gesprochenen Sprache die Erfassung der Deutschkenntnisse.

Im Rahmen des am Robert Koch-Institut durchgeführten Projektes Improving Health Monitoring in Migrant Populations (IMIRA) wurden verschiedene Konzepte des bisherigen Gesundheitsmonitorings überarbeitet und inhaltlich um migrationssensible Komponenten erweitert (siehe auch [Konzepte für ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring](#) in dieser Ausgabe des Journal of Health Monitoring). Zukünftig soll damit der Heterogenität der in Deutschland lebenden Menschen Rechnung getragen und

Erklärungsansätze für gesundheitliche Unterschiede über den Migrationshintergrund hinaus überprüft werden. Unerlässlich hierfür ist eine langfristige und bevölkerungsanteilige Einbindung aller Bevölkerungsgruppen in das Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts. Für die Einbindung von Menschen mit Migrationshintergrund wurden im Rahmen von IMIRA die in der KiGGS-Basiserhebung und im Rahmen von KiGGS Welle 2 verwendeten migrationssensiblen Methoden der Teilnehmendengewinnung und Erhebungsmethoden weiterentwickelt [39]. Die Ergebnisse werden künftig in ein integriertes Gesamtkonzept des Gesundheitsmonitorings am Robert Koch-Institut einfließen.

Trotz der genannten migrationsbezogenen Limitationen stellt die KiGGS-Studie bisher eine einzigartige Datenquelle zur Beschreibung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland dar. Insbesondere die als Untersuchungs- und Befragungssurvey konzipierten Studien der KiGGS-Basiserhebung und KiGGS Welle 2 weisen mit ihrem migrationssensiblen Studiendesign ein Alleinstellungsmerkmal auf. Eine weitere Besonderheit bildet die KiGGS-Kohorte, die Lebensverlaufsanalysen ermöglicht. Bei diesem Ansatz können langfristige Effekte von Expositionen in verschiedenen Lebensphasen und Lebenswelten analysiert und in Beziehung gesetzt werden [5, 40]. Die Anwendung der Lebenslaufepidemiologie wurde bisher aufgrund mangelnder Datenverfügbarkeit für Menschen mit Migrationshintergrund noch nicht umfänglich angewandt. Mit der KiGGS-Studie liegen nun Daten zur Analyse der komplexen Bedingungsfaktoren vor, die auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund wirken.

**Korrespondenzadresse**

Carmen Koschollek  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [KoschollekC@rki.de](mailto:KoschollekC@rki.de)

**Zitierweise**

Koschollek C, Bartig S, Rommel A, Santos-Hövenner C, Lampert T (2019)  
Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2.  
Journal of Health Monitoring 4(3): 7–29.  
DOI 10.25646/6070

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring-en](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring-en)

**Datenschutz und Ethik**

KiGGS Welle 2 unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover hat die Studie unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und ihr zugestimmt (Nr. 2275-2014). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden beziehungsweise ihre Sorgeberechtigten wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

**Förderungshinweis**

KiGGS wird finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut.

**Interessenkonflikt**

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Danksagung**

Unser Dank richtet sich in erster Linie an alle Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer und deren Eltern. Auch allen Verantwortlichen in den 167 Studienorten möchten wir danken für die zur Verfügung gestellten Räume und die tatkräftige Unterstützung vor Ort.

Die KiGGS Welle 2 hätte nicht realisiert werden können ohne die engagierte Mitarbeit zahlreicher Kolleginnen und Kollegen im Robert Koch-Institut. Wir danken insbesondere den Studienteams für ihre exzellente Arbeit und das außergewöhnliche Engagement während der dreijährigen Datenerhebungsphase.

**Literatur**

1. Statistisches Bundesamt (2018) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Fachserie 1 Reihe 2.2. Destatis, Wiesbaden
2. Lederer HW (2004) Indikatoren der Migration. Europäisches Forum für Migrationsstudien, Bamberg
3. Bundesministerium des Innern (2016) Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung. Migrationsbericht 2015. BMI, Berlin
4. Schenk L (2007) Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. Int J Public Health 52(2):87–96
5. Spallek J, Zeeb H, Razum O (2011) What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach. Emerg Themes Epidemiol 8(1):6
6. Schenk L, Ellert U, Neuhauser H (2007) Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Methodische Aspekte im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsbl 50(5/6):590–599.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/408> (Stand: 04.04.2019)

7. Maier S, Giersiefen A, Klocke A (2016) Die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Pädiatrische Praxis* 86(1):21-32
8. Razum O, Karrasch L, Spallek J (2016) Migration. Eine vernachlässigte Dimension gesundheitlicher Ungleichheit. *Bundesgesundheitsbl* 59(2):259-265
9. Schenk L, Bau AM, Borde T et al. (2006) Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsbl* 49(9):853-860. <https://edoc.rki.de/handle/176904/1061> (Stand: 04.04.2019)
10. Lampert T, Richter M, Schneider S et al. (2016) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 59(2):153-165. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2478> (Stand: 04.04.2019)
11. Borde T (2006) Migrationssensible Studiendesigns – Wozu brauchen wir welches Konzept? In: Robert Koch-Institut (Hrsg) Migrationssensible Studiendesigns zur Repräsentation des Migrationsstatus in der Gesundheitsforschung – Tagung in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut und dem Interdisziplinären Forschungsverbund Epidemiologie in Berlin (EpiBerlin) am 25. November 2005. RKI, Berlin
12. Schenk L (2002) Migrantenspezifische Teilnahmebarrieren und Zugangsmöglichkeiten im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. *Gesundheitswesen* 64(1):59-68
13. Frank L, Yesil-Jürgens R, Born S et al. (2018) Maßnahmen zur verbesserten Einbindung und Beteiligung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 3(1):134-151. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3044> (Stand: 04.04.2019)
14. Schenk L, Neuhauser H, Ellert U (2008) Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) 2003–2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3215> (Stand: 04.04.2019)
15. Kamtsiuris P, Lange M, Schaffrath Rosario A (2007) Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS): Stichprobendesign, Response und Nonresponse-Analyse. *Bundesgesundheitsbl* 50(5-6):547-556. <https://edoc.rki.de/handle/176904/401> (Stand: 04.04.2019)
16. Lange M, Butschalowsky H, Jentsch F et al. (2014) Die erste KiGGS-Folgebefragung (KiGGS Welle 1): Studiendurchführung, Stichprobendesign und Response. *Bundesgesundheitsbl* 57(7):747-761. <https://edoc.rki.de/handle/176904/1888> (Stand: 04.04.2019)
17. Mauz E, Gößwald A, Kamtsiuris P et al. (2017) Neue Daten für Taten. Die Datenerhebung zur KiGGS Welle 2 ist beendet. *Journal of Health Monitoring* 2(S3):2-28. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2806> (Stand: 04.04.2019)
18. Hoffmann R, Lange M, Butschalowsky H et al. (2018) Querschnitterhebung von KiGGS Welle 2 – Teilnehmendengewinnung, Response und Repräsentativität. *Journal of Health Monitoring* 3(1):82-96. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3041> (Stand: 04.04.2019)
19. The American Association for Public Opinion Research (2016) Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys. 9th edition. AAPOR, Deerfield
20. de Bruin A, Pivacet H, Nossikov A (1996) Health interview surveys: towards harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications European Series, Copenhagen
21. Schienkiewitz A, Bretschneider AK, Damerow S et al. (2018) Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Health Monitoring* 3(1):16-23. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3031.2> (Stand: 04.04.2019)
22. Kromeyer-Hauschild K, Moss A, Wabitsch M (2015) Referenzwerte für den Body-Mass-Index für Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Deutschland: Anpassung der AGA-BMI-Referenz im Altersbereich von 15 bis 18 Jahren. *Adipositas* 9(3):123-127
23. Kromeyer-Hauschild K, Wabitsch M, Kunze D et al. (2001) Perzentile für den Body-mass-Index für das Kindes- und Jugendalter unter Heranziehung verschiedener deutscher Stichproben. *Monatsschr Kinderheilkd* 148:807-818
24. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB et al. (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med* 158(16):1789-1795
25. Lampert T, Hoebel J, Kuntz B et al. (2018) Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring* 3(1):114-133. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3043> (Stand: 04.04.2019)
26. Brauns H, Scherer S, Steinmann S (2003) The CASMIN Educational Classification in International Comparative Research. In: Hoffmeyer-Zlotnik JHP, Wolf C (Hrsg) *Advances in Cross-National Comparison: A European Working Book for Demographic and Socio-Economic Variables*. Springer US, Boston, S. 221-244

27. Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2017) Mikrozensus, 2013, eigene Berechnungen. <https://www.forschungsdatenzentrum.de/de/haushalte/mikrozensus> (Stand: 20.11.2017)
28. Stata Corp (2017) Stata Survey Data Reference Manual, Release 15. <https://www.stata.com/manuals/svy.pdf> (Stand: 03.04.2019)
29. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3248> (Stand: 04.04.2019)
30. Schenk L, Anton V, Baer NR et al. (2016) Ernährungsmuster von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund: Ergebnisse der KiGGS-Studie. Public Health Forum 24(3):205-208
31. Lakes T, Burkart K (2016) Childhood overweight in Berlin: intra-urban differences and underlying influencing factors. Int J Health Geogr 15(12)
32. Reimers A, Wagner M, Alvanides S et al. (2014) Proximity to Sports Facilities and Sports Participation for Adolescents in Germany. PLoS ONE 9(3) e93059
33. Thißen M, Niemann H, Varnaccia G et al. (2017) Welches Potenzial haben Geoinformationssysteme für das bevölkerungsweite Gesundheitsmonitoring in Deutschland? Perspektiven und Herausforderungen für das Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Bundesgesundheitsbl 60(12):1440-1452
34. Strupf M, Gomes de Matos E, Soellner R et al. (2017) Trinkverhalten von Personen verschiedener Herkunftsregionen in Deutschland: Ein Vergleich mit Personen ohne Migrationshintergrund. Suchttherapie 18(2):90-97
35. Orth B (2017) Der Alkoholkonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. Ergebnisse des Alkoholsurveys 2016 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
36. Razum O, Geiger I, Zeeb H et al. (2004) Gesundheitsversorgung von Migranten. Dtsch Arztebl 101(43):A2882-2887
37. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2008) Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit. RKI, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3194> (Stand: 04.04.2019)
38. Neller K (2005) Kooperation und Verweigerung: eine Non-Response-Studie. ZUMA Nachrichten 29(57)
39. Santos-Hövenner C, Schumann M, Schmich P et al. (2019) Verbesserung der Informationsgrundlagen zur Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Projektbeschreibung und erste Erkenntnisse von IMIRA. Journal of Health Monitoring 4(1):49-61. <https://edoc.rki.de/handle/176904/5911> (Stand: 04.04.2019)
40. Spallek J, Razum O (2016) Migration und Gesundheit. In: Richter H, Hurrelmann K (Hrsg) Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 153-166



## Annex Tabelle 1

Prävalenz selbstberichteter sehr guter oder guter allgemeiner Gesundheit der 11- bis 17-jährigen nach soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmalen

(n=3.156 Mädchen, n=2.874 Jungen)

Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

		n	%	(95 %-KI)	n	%	(95 %-KI)	OR	p-Wert	n	%	(95 %-KI)	OR	p-Wert
Migrationshintergrund		Ohne (Ref.)			Einseitig					Beidseitig				
Geschlecht	Mädchen	2.552	87,7	(86,0–89,2)	274	86,6	(80,4–91,1)	0,91	0,690	330	83,8	(77,8–88,5)	0,73	0,150
	Jungen	2.385	90,9	(89,3–92,3)	211	91,9	(84,4–96,0)	1,14	0,739	278	90,4	(85,5–93,8)	0,94	0,811
Altersgruppe	11–13 Jahre	2.262	92,1	(90,4–93,5)	241	90,7	(83,3–95,1)	0,84	0,637	261	91,9	(87,6–94,7)	0,97	0,907
	14–17 Jahre	2.675	87,5	(85,7–89,1)	244	87,7	(81,8–91,9)	1,02	0,919	347	84,6	(79,5–88,6)	0,79	0,254
SES	Niedrig	505	86,1	(81,4–89,7)	64	83,1	(67,2–92,2)	0,79	0,627	197	85,1	(78,7–89,8)	0,92	0,783
	Mittel	3.227	89,4	(87,9–90,8)	283	89,7	(84,9–93,1)	1,03	0,901	327	89,5	(84,3–93,1)	1,01	0,972
	Hoch	1.193	91,9	(90,0–93,4)	135	93,0	(86,8–96,4)	1,18	0,661	78	88,6	(77,5–94,6)	0,69	0,391
Gesamt		4.937	89,4	(88,1–90,5)	485	89,1	(84,8–92,3)	0,97	0,892	608	87,1	(83,6–90,0)	0,80	0,206
Aufenthaltszeit der Eltern in Deutschland		>20 Jahre bzw. schon immer (Ref.)			11–20 Jahre					0–10 Jahre				
Geschlecht	Mädchen	2.734	88,4	(86,8–89,9)	172	77,5	(68,6–84,5)	0,45	0,002	58	88,1	(66,3–96,5)	0,97	0,963
	Jungen	2.549	91,5	(90,0–92,7)	134	87,7	(76,6–93,9)	0,66	0,322	52	93,1	(83,0–97,4)	1,25	0,668
Altersgruppe	11–13 Jahre	2.402	92,8	(91,2–94,1)	168	87,2	(78,9–92,6)	0,53	0,054	57	92,4	(80,8–97,2)	0,95	0,926
	14–17 Jahre	2.881	88,2	(86,6–89,6)	138	78,3	(68,9–85,5)	0,48	0,007	53	89,1	(68,2–96,9)	1,10	0,893
SES	Niedrig	554	87,4	(83,1–90,8)	95	76,9	(65,1–85,6)	0,48	0,044	33	92,9	(80,2–97,7)	1,89	0,311
	Mittel	3.414	90,2	(88,9–91,4)	156	87,5	(80,6–92,1)	0,76	0,308	59	86,8	(65,2–95,8)	0,71	0,597
	Hoch	1.303	91,7	(89,9–93,2)	53	89,6	(78,8–95,2)	0,78	0,571	17	100,0	–	–	–
Gesamt		5.283	90,0	(88,9–91,0)	306	82,4	(75,6–87,6)	0,52	0,004	110	90,7	(79,7–96,0)	1,08	0,869
Zu Hause gesprochene Sprache(n)		Ausschließlich Deutsch (Ref.)			Deutsch und weitere Sprache(n)					Ausschließlich weitere Sprache(n)				
Geschlecht	Mädchen	2.672	87,5	(85,8–89,0)	383	84,8	(79,5–89,0)	0,80	0,270	58	85,5	(67,4–94,4)	0,84	0,748
	Jungen	2.476	91,4	(89,8–92,7)	320	88,2	(82,1–92,4)	0,70	0,199	40	98,9	(92,8–99,6)	8,75	0,032
Altersgruppe	11–13 Jahre	2.362	91,8	(90,1–93,2)	325	91,5	(86,4–94,8)	0,97	0,908	42	97,1	(89,1–99,3)	2,97	0,132
	14–17 Jahre	2.786	87,9	(86,2–89,4)	378	83,1	(78,1–87,2)	0,68	0,043	56	88,8	(72,4–96,0)	1,09	0,881
SES	Niedrig	540	86,7	(82,1–90,2)	177	80,2	(72,1–86,4)	0,62	0,117	33	96,0	(77,9–99,4)	3,71	0,184
	Mittel	3.345	89,5	(88,1–90,8)	387	90,6	(86,4–93,6)	1,12	0,612	48	86,4	(61,1–96,2)	0,74	0,678
	Hoch	1.251	91,7	(89,9–93,2)	132	93,0	(86,2–96,6)	1,21	0,638	16	82,9	(47,2–96,3)	0,44	0,342
Gesamt		5.148	89,6	(88,3–90,6)	703	86,5	(82,6–89,7)	0,75	0,105	98	91,3	(79,7–96,6)	1,24	0,678

Fettdruck=statistisch signifikant im Vergleich zur Referenzgruppe, KI=Konfidenzintervall, OR=Odds Ratio, Ref.=Referenzgruppe, SES=sozioökonomischer Status

## Annex Tabelle 2

Prävalenz von Übergewicht (einschließlich Adipositas) bei 11- bis 17-Jährigen nach soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmalen (n=3.010 Mädchen, n=2.751 Jungen)

Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

		n	%	(95 %-KI)	n	%	(95 %-KI)	OR	p-Wert	n	%	(95 %-KI)	OR	p-Wert
Migrationshintergrund		Ohne (Ref.)			Einseitig					Beidseitig				
Geschlecht	Mädchen	2.447	10,0	(8,4 – 11,8)	254	16,0	(11,5 – 21,7)	1,71	0,015	309	19,2	(13,6 – 26,4)	2,14	0,002
	Jungen	2.292	12,4	(10,7 – 14,4)	197	22,4	(14,8 – 32,3)	2,04	0,011	262	20,5	(15,1 – 27,1)	1,82	0,006
Altersgruppe	11 – 13 Jahre	2.163	9,6	(8,0 – 11,4)	223	19,3	(13,2 – 27,5)	2,26	0,001	239	13,9	(9,7 – 19,6)	1,52	0,059
	14 – 17 Jahre	2.576	12,4	(10,8 – 14,2)	228	18,6	(12,5 – 26,6)	1,62	0,054	332	22,8	(17,5 – 29,0)	2,09	<0,001
SES	Niedrig	479	17,5	(14,0 – 21,6)	63	31,6	(19,7 – 46,5)	2,18	0,031	181	25,1	(18,1 – 33,8)	1,58	0,065
	Mittel	3.097	11,8	(10,3 – 13,6)	262	17,6	(12,3 – 24,4)	1,59	0,042	308	15,1	(10,7 – 20,9)	1,32	0,222
	Hoch	1.151	4,7	(3,5 – 6,3)	124	10,3	(5,0 – 20,1)	2,33	0,059	77	12,9	(5,8 – 26,4)	2,99	0,029
Gesamt		4.739	11,2	(10,1 – 12,5)	451	18,9	(14,2 – 24,7)	1,85	0,001	571	19,8	(15,9 – 24,4)	1,95	<0,001
Aufenthaltszeit der Eltern in Deutschland		> 20 Jahre bzw. schon immer (Ref.)			11 – 20 Jahre					0 – 10 Jahre				
Geschlecht	Mädchen	2.617	10,8	(9,1 – 12,7)	162	19,0	(12,4 – 28,1)	1,94	0,020	54	16,8	(6,8 – 35,9)	1,67	0,328
	Jungen	2.452	13,9	(12,1 – 15,8)	125	24,9	(16,1 – 36,4)	2,06	0,018	48	10,3	(4,2 – 23,2)	0,72	0,496
Altersgruppe	11 – 13 Jahre	2.298	9,6	(8,1 – 11,3)	153	22,6	(15,4 – 31,9)	2,75	<0,001	51	13,6	(6,5 – 26,5)	1,49	0,340
	14 – 17 Jahre	2.771	14,2	(12,6 – 16,1)	134	21,2	(13,7 – 31,2)	1,62	0,096	51	13,3	(4,7 – 32,4)	0,92	0,890
SES	Niedrig	526	23,1	(18,6 – 28,5)	90	21,2	(13,0 – 32,7)	0,89	0,733	30	17,2	(6,1 – 39,9)	0,69	0,540
	Mittel	3.274	11,9	(10,4 – 13,6)	147	23,8	(15,9 – 34,1)	2,32	0,002	55	11,2	(5,2 – 22,5)	0,94	0,877
	Hoch	1.257	5,4	(4,2 – 6,9)	48	17,0	(6,0 – 39,9)	3,62	0,038	17	5,9	(0,9 – 31,2)	1,11	0,916
Gesamt		5.069	12,4	(11,2 – 13,7)	287	21,8	(16,2 – 28,7)	1,97	0,001	102	13,4	(6,9 – 24,5)	1,10	0,803
Zu Hause gesprochene Sprache(n)		Ausschließlich Deutsch (Ref.)			Deutsch und weitere Sprache(n)					Ausschließlich weitere Sprache(n)				
Geschlecht	Mädchen	2.560	10,4	(8,8 – 12,1)	358	17,2	(12,2 – 23,5)	1,79	0,012	53	23,4	(12,1 – 40,5)	2,65	0,021
	Jungen	2.380	12,9	(11,2 – 14,8)	300	21,6	(16,2 – 28,2)	1,86	0,004	36	21,8	(9,9 – 41,4)	1,88	0,187
Altersgruppe	11 – 13 Jahre	2.257	9,8	(8,2 – 11,6)	299	16,7	(11,8 – 23,1)	1,85	0,007	37	19,5	(8,9 – 37,7)	2,24	0,094
	14 – 17 Jahre	2.683	13,0	(11,4 – 14,7)	359	21,2	(15,8 – 27,7)	1,80	0,005	52	23,9	(13,0 – 39,9)	2,11	0,057
SES	Niedrig	514	19,7	(16,1 – 23,9)	164	24,9	(17,8 – 33,8)	1,35	0,243	30	24,2	(11,0 – 45,2)	1,30	0,593
	Mittel	3.212	11,9	(10,5 – 13,6)	360	16,4	(11,9 – 22,1)	1,45	0,070	44	19,7	(9,3 – 37,0)	1,81	0,191
	Hoch	1.203	4,9	(3,7 – 6,5)	127	11,3	(5,6 – 21,6)	2,48	0,042	15	28,1	(9,9 – 58,2)	7,59	0,003
Gesamt		4.940	11,7	(10,5 – 12,9)	658	19,4	(15,5 – 24,0)	1,83	<0,001	89	22,7	(13,9 – 34,8)	2,23	0,010

Fettdruck=statistisch signifikant im Vergleich zur Referenzgruppe, KI=Konfidenzintervall, OR=Odds Ratio, Ref.=Referenzgruppe, SES=sozioökonomischer Status

Annex Tabelle 3

Prävalenz des riskanten Alkoholkonsums (AUDIT-C) bei 11- bis 17-jährigen nach soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmalen (n=3.098 Mädchen, n=2.797 Jungen)

Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

		n	%	(95 %-KI)	n	%	(95 %-KI)	OR	p-Wert	n	%	(95 %-KI)	OR	p-Wert					
Migrationshintergrund					Ohne (Ref.)					Einseitig					Beidseitig				
Geschlecht	Mädchen	2.504	16,6	(14,8–18,6)	267	8,6	(5,4–13,2)	0,47	0,004	327	3,3	(1,7–6,4)	0,17	<0,001					
	Jungen	2.311	12,5	(10,6–14,6)	207	7,0	(4,0–11,9)	0,52	0,037	279	5,4	(2,7–10,5)	0,40	0,016					
Altersgruppe	11–13 Jahre	2.219	0,1	(0,0–0,3)	236	0,0	–	–	–	266	0,0	–	–	–					
	14–17 Jahre	2.596	24,7	(22,6–27,0)	238	14,3	(10,0–20,2)	0,51	0,002	340	6,8	(4,2–10,8)	0,22	<0,001					
SES	Niedrig	487	16,4	(12,6–21,2)	63	4,2	(1,0–15,3)	0,22	0,038	197	2,6	(0,9–7,2)	0,14	0,001					
	Mittel	3.158	15,0	(13,4–16,7)	277	9,9	(6,4–15,1)	0,63	0,058	325	6,2	(3,3–11,3)	0,38	0,006					
	Hoch	1.159	11,6	(9,5–14,0)	131	5,4	(2,5–11,2)	0,44	0,045	78	5,2	(2,1–12,2)	0,42	0,071					
Gesamt		4.815	14,5	(13,2–15,9)	474	7,8	(5,4–11,2)	0,50	0,001	606	4,4	(2,7–7,1)	0,27	<0,001					
Aufenthaltszeit der Eltern in Deutschland		>20 Jahre bzw. schon immer (Ref.)			11–20 Jahre					0–10 Jahre									
Geschlecht	Mädchen	2.685	14,7	(13,0–16,6)	171	4,6	(2,3–8,9)	0,28	<0,001	56	0,6	(0,1–4,4)	0,04	0,001					
	Jungen	2.472	11,4	(9,6–13,4)	137	5,6	(1,9–15,4)	0,46	0,179	52	2,5	(0,3–16,3)	0,20	0,122					
Altersgruppe	11–13 Jahre	2.359	0,1	(0,02–0,3)	170	0,0	–	–	–	57	0,0	–	–	–					
	14–17 Jahre	2.798	21,8	(19,7–24,0)	138	9,4	(5,0–17,1)	0,37	0,005	51	3,2	(0,6–15,5)	0,12	0,016					
SES	Niedrig	535	11,8	(8,6–16,0)	97	4,5	(1,3–14,6)	0,35	0,128	32	0,0	–	–	–					
	Mittel	3.342	14,0	(12,4–15,6)	158	5,5	(2,3–12,2)	0,36	0,024	59	2,8	(0,4–17,6)	0,18	0,092					
	Hoch	1.268	10,8	(8,9–13,1)	51	6,4	(2,2–16,9)	0,56	0,307	16	3,9	(0,6–22,2)	0,34	0,272					
Gesamt		5.157	13,0	(11,7–14,4)	308	5,1	(2,7–9,5)	0,36	0,003	108	1,6	(0,3–8,2)	0,11	0,011					
Zu Hause gesprochene Sprache(n)		Ausschließlich Deutsch (Ref.)			Deutsch und weitere Sprache(n)					Ausschließlich weitere Sprache(n)									
Geschlecht	Mädchen	2.622	15,8	(14,0–17,6)	380	5,4	(3,2–8,9)	0,31	<0,001	55	1,6	(0,2–10,8)	0,09	0,017					
	Jungen	2.403	12,3	(10,5–14,4)	317	3,6	(1,6–8,0)	0,26	0,002	40	8,1	(2,0–27,4)	0,63	0,539					
Altersgruppe	11–13 Jahre	2.317	0,1	(0,0–0,3)	0	0,0	–	–	–	42	0,0	–	–	–					
	14–17 Jahre	2.708	23,8	(21,6–26,1)	328	7,6	(4,9–11,6)	0,26	<0,001	53	6,7	(2,0–19,7)	0,23	0,021					
SES	Niedrig	521	14,7	(11,2–19,0)	179	3,5	(1,5–7,7)	0,21	<0,001	31	0,0	–	–	–					
	Mittel	3.276	14,6	(13,0–16,3)	382	5,6	(3,1–10,0)	0,35	0,002	48	11,2	(3,7–29,5)	0,74	0,625					
	Hoch	1.217	11,5	(9,6–13,9)	129	3,8	(1,7–8,5)	0,30	0,006	15	0,0	–	–	–					
Gesamt		5.025	14,0	(12,7–15,4)	697	4,5	(2,9–6,9)	0,29	<0,001	95	4,5	(1,4–13,4)	0,29	0,044					

Fettdruck= statistisch signifikant im Vergleich zur Referenzgruppe, KI=Konfidenzintervall, OR=Odds Ratio, Ref.=Referenzgruppe, SES=sozioökonomischer Status, AUDIT-C=Alcohol Use Disorder Identification Test (-Consumption)

Annex Tabelle 4

12-Monats-Prävalenz der ambulanten Inanspruchnahme pädiatrischer und/oder allgemeinmedizinischer Leistungen der 11- bis 17-jährigen nach soziodemografischen und migrationsbezogenen Merkmalen (n = 3.139 Mädchen, n = 2.810 Jungen)

Quelle: KiGGS Welle 2 (2014–2017)

		n	%	(95 %-KI)	n	%	(95 %-KI)	OR	p-Wert	n	%	(95 %-KI)	OR	p-Wert
Migrationshintergrund		Ohne (Ref.)			Einseitig					Beidseitig				
Geschlecht	Mädchen	2.547	78,9	(76,7–81,0)	268	84,1	(77,5–89,1)	1,41	0,127	324	80,3	(73,4–85,8)	1,09	0,699
	Jungen	2.335	77,6	(75,2–80,0)	207	74,1	(66,0–80,8)	0,82	0,336	268	74,0	(66,7–80,2)	0,82	0,324
Altersgruppe	11–13 Jahre	2.267	81,3	(78,7–83,7)	239	85,0	(79,0–89,5)	1,30	0,229	256	81,3	(73,3–87,3)	1,00	0,997
	14–17 Jahre	2.615	76,1	(73,7–78,3)	236	74,5	(67,5–80,4)	0,92	0,630	336	75,1	(68,5–80,7)	0,95	0,776
SES	Niedrig	496	80,4	(74,9–85,0)	66	88,7	(78,2–94,5)	1,92	0,123	191	79,8	(72,0–85,8)	0,96	0,877
	Mittel	2.566	78,9	(76,9–80,9)	273	75,7	(69,8–80,8)	0,83	0,238	321	74,2	(66,7–80,5)	0,77	0,186
	Hoch	904	74,4	(70,8–77,7)	133	80,2	(70,0–87,5)	1,39	0,258	76	81,8	(71,9–88,7)	1,54	0,157
Gesamt		4.882	78,3	(76,5–79,9)	475	79,4	(75,0–83,2)	1,07	0,623	592	77,2	(72,4–81,4)	0,94	0,687
Aufenthaltszeit der Eltern in Deutschland		>20 Jahre bzw. schon immer (Ref.)			11–20 Jahre					0–10 Jahre				
Geschlecht	Mädchen	2.724	79,6	(77,5–81,5)	167	84,5	(76,7–90,1)	1,40	0,209	57	63,7	(44,8–79,1)	0,45	0,049
	Jungen	2.494	76,8	(74,5–78,9)	131	75,7	(65,6–83,6)	0,94	0,824	49	79,3	(61,5–90,2)	1,16	0,752
Altersgruppe	11–13 Jahre	2.407	81,5	(79,0–83,7)	164	82,8	(74,5–88,8)	1,09	0,744	54	78,6	(60,3–89,9)	0,84	0,705
	14–17 Jahre	2.811	75,9	(73,7–77,9)	134	78,2	(68,7–85,4)	1,14	0,607	52	65,5	(47,4–80,0)	0,61	0,199
SES	Niedrig	546	81,2	(75,6–85,8)	92	81,7	(70,3–89,4)	1,03	0,927	31	76,5	(51,7–90,8)	0,75	0,627
	Mittel	3.376	78,2	(76,2–80,2)	154	78,8	(70,2–85,4)	1,03	0,891	57	66,2	(49,0–79,9)	0,54	0,102
	Hoch	1.285	75,3	(71,9–78,4)	52	79,7	(66,5–88,6)	1,29	0,480	17	81,9	(57,0–93,9)	1,49	0,526
Gesamt		5.218	78,1	(76,5–79,7)	298	80,3	(74,2–85,2)	1,14	0,495	106	71,6	(58,3–81,9)	0,70	0,259
Zu Hause gesprochene Sprache(n)		Ausschließlich Deutsch (Ref.)			Deutsch und weitere Sprache(n)					Ausschließlich weitere Sprache(n)				
Geschlecht	Mädchen	2.664	79,2	(77,0–81,2)	375	82,7	(77,6–86,9)	1,26	0,204	57	74,6	(56,5–86,9)	0,77	0,545
	Jungen	2.420	77,0	(74,6–79,3)	312	75,5	(68,8–81,2)	0,92	0,651	40	77,2	(59,7–88,5)	1,01	0,989
Altersgruppe	11–13 Jahre	2.366	81,4	(78,9–83,6)	320	83,2	(76,5–88,2)	1,13	0,600	41	80,7	(62,6–91,3)	0,96	0,923
	14–17 Jahre	2.718	75,8	(73,4–78,0)	367	76,4	(70,5–81,4)	1,04	0,833	56	73,5	(58,5–84,5)	0,89	0,743
SES	Niedrig	532	80,1	(74,5–84,7)	171	83,3	(75,8–88,9)	1,24	0,445	33	76,8	(56,6–89,4)	0,82	0,698
	Mittel	3.307	78,5	(76,5–80,4)	381	74,6	(68,4–79,9)	0,80	0,194	47	79,6	(66,3–88,6)	1,07	0,854
	Hoch	1.234	75,1	(71,6–78,3)	130	84,3	(77,4–93,3)	1,77	0,016	16	55,8	(34,5–75,1)	0,42	0,058
Gesamt		5.084	78,1	(76,4–79,7)	687	79,1	(75,0–82,7)	1,06	0,654	97	75,7	(63,9–84,6)	0,87	0,650

Fettdruck= statistisch signifikant im Vergleich zur Referenzgruppe, KI=Konfidenzintervall, OR=Odds Ratio, Ref.=Referenzgruppe, SES=sozioökonomischer Status

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,  
Dr. Franziska Prütz, Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel,  
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,  
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

#### Satz

Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

#### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die  
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit